

Depresija kod djece i adolescenata

Lesjak, Andrea

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:723831>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-18**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1458/SS/2021

Depresija kod djece i adolescenata

Andrea Lesjak, 3061/601

Varaždin, rujan 2021. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1458/SS/2021

Depresija kod djece i adolescenata

Student

Andrea Lesjak, 3061/601

Mentor

Dr.sc. Melita Sajko, viši predavač

Varaždin, rujan 2021. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Andrea Lesjak	JMBAG	0231023791
DATUM	23.08.2021.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Depresija kod djece i adolescenata		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Depression in children and adolescents		
MENTOR	dr. sc. Melita Sajko	ZVANJE	Viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Mirjana Kolarek Karakaš, pred., predsjednik		
	2. dr. sc. Melita Sajko, v.pred., mentor		
	3. doc.dr.sc. Ivana Živoder, član		
	4. Ivana Herak, pred., zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ: 1458/SS/2021

OPIS

Psihički poremećaji kod djece su veliki i rastući javnozdravstveni problem jer zahvaćaju djecu od najranije dobi pa sve do kasne adolescencije. Najpoznatiji afektivni poremećaj kod djece je depresija. Depresija je najčešće neprepoznati poremećaj i ima vrlo visok postotak neliječenih i neprimjereno liječenih slučajeva. Holistički pristup u zdravstvenoj skrbi zahtjeva interakciju različitih stručnjaka s ciljem prevencije bolesti, njenog liječenja i rehabilitacije.

Depresija zahtjeva ozbiljan pristup, brzu i sigurnu dijagnostiku te što raniji početak liječenja. Dijagnoza depresije postavlja se na temelju kliničke slike, anamnestičkih podataka te tijeka bolesti. U liječenju depresije najbolji rezultati postižu se kombinacijom fizioterapijskih, farmakoloških i psihoterapijskih metoda, a cilj liječenja je da djeca ponovno steknu socijalno funkcioniranje, poboljšaju obavljanje aktivnosti svakodnevnog života, smanjiti i otkloniti simptome te spriječiti ponovne recidive.

U radu je potrebno ukazati na problematiku depresije kod djece i adolescenata te koje su najčešće intervencije koje se koristi u borbi protiv istoimenog problema.

ZADATAK URUČEN

20. 08 2021



Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici dr. sc. Meliti Sajko koja mi je pomogla svojim nesebičnim savjetima prilikom izrade ovog diplomskog rada.

Također veliko hvala mojoj obitelji koja mi je davala podršku i vjerovala u moj uspjeh.

Sažetak

Psihički poremećaji kod djece su veliki i rastući javnozdravstveni problem jer zahvaćaju djecu od najranijeg djetinstva pa sve do kraja adolescencije. Najpoznatiji afektivni poremećaj kod djece je depresija. Depresija je najčešće neprepoznati poremećaj i ima vrlo visok postotak neliječenih i neadekvatno liječenih slučajeva. Holističkim pristupom u zdravstvenoj skrbi postiže se interakcija raznih stručnjaka kojima je cilj prevencija bolesti, njezinog tijeka liječenja i rehabilitacije.

Depresiju treba shvatiti ozbiljno, brzo i sigurno dijagnosticirati i liječiti ju što je prije moguće. Dijagnoza depresije temelji se na kliničkim manifestacijama, uzetom anamnezom i tijeku bolesti. U liječenju depresije kombinacijom fizikalne terapije, terapije lijekovima i psihoterapije postižu se najbolji rezultati. Cilj liječenja je ponovno aktivirati djecu na društvenim funkcijama, poboljšati im dnevne aktivnosti, smanjiti i ukloniti simptome te spriječiti ponavljanje.

Cilj ovog rada je ukazati na problematiku depresije kod djece i adolescenata te koje su najčešće intervencije koje se koristi u borbi protiv istoimenog problema.

Ključne riječi: depresija, holistički pristup, liječenje, interencije

Abstract

Mental disorders in children are a major and growing public health problem because they affect children from the earliest childhood until the end of adolescence. The most well-known affective disorder in children is depression. Depression is the most commonly unrecognized disorder and has a very high percentage of untreated and inadequately treated cases. A holistic approach in health care achieves the interaction of various experts whose goal is the prevention of the disease, its course of treatment and rehabilitation.

Depression should be taken seriously, diagnosed and treated as soon as possible. The diagnosis of depression is based on clinical manifestations, history and course of the disease. The best results are achieved in the treatment of depression with a combination of physical therapy, drug therapy and psychotherapy. The goal of treatment is to reactivate children in social functions, improve their daily activities, reduce and eliminate symptoms, and prevent recurrence.

The aim of this paper is to point out the problem of depression in children and adolescents and what are the most common interventions used in the fight against the problem of the same name.

Key words: depression, holistic approach, treatment, interventions

SADRŽAJ

1. Uvod	1
1.1. Etiologija	3
1.2. Epidemiologija.....	4
2. Klinička slika depresije u djece i adolescenata	5
2.1. Klinička slika ovisno o dobi djeteta	5
2.2. Razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece	9
2.3. Tipovi depresije u djece i adolescenata	12
2.4. Tijek i ishod depresije.....	14
3. Komorbiditet.....	15
3.1. Depresija i suicidalnost.....	16
3.2. Poremećaji osobnosti i depresija	16
3.3. Anksioznost i depresija.....	17
3.4. Zloupotreba sredstva ovisnosti i depresija.....	18
3.5. Poremećaji prehrane i depresija.....	19
4. Dijagnoza.....	21
4.1. Procjena rizika samoozljeđivanja i suicida.....	22
4.2. Procjena djetetove ugroženosti	22
4.3. Procjena simptoma depresivnosti	22
4.4. Diferencijalna dijagnostika.....	24
4.5. Procjena rizičnih i zaštitnih faktora	24
4.6. Procjena faktora za planiranje tretmana	25
5. Liječenje	26
5.1. Psihofarmakoterapija	26
5.2. Individualna terapija	28
5.3. Grupna terapija	29
5.2. Obiteljska terapija.....	29
6. Zaključak	30
7. Literatura	31

1. Uvod

Kako globalno tako i u Hrvatskoj depresija predstavlja veliki javnozdravstveni problem pa se također naziva i "kugom 21. stoljeća". Depresija je iznimno podmukla bolest, te bez obzira na dobnu skupinu pogađa starije osobe, osobe srednje dobi, adolescente, a ujedno i najranjiviju skupinu, a to su djeca. Poremećaji u raspoloženju odavno su već poznati i opisivani čak i 3000. godine prije Krista na papirusu Ebers možemo pronaći dijelove o promjenama raspoloženja u obliku depresije ili bipolarnog poremećaja. Riječ depresija dolazi od latinske riječi *deprimere*, u prijevodu potisnuti ili pogurati [1].

Depresija je poremećaj u raspoloženju koji karakterizira niz različitih vrsta simptoma: kognitivni simptomi (očekivanja i negativne misli, ponekad suicidalne misli, smanjena koncentracija, neodlučnost, samokritika, očaj), bihevioralni simptomi (povlačenje, manjak aktivnosti), tjelesni simptomi (nedostatak apetita ili prekomjerni apetit, nesanica), emocionalni simptomi (osjećaji: tuga, krivnja, tjeskoba) i motivacijskih (gubitak interesa, letargija, sve je naporan posao, odugovlačenje) one manje-više snižavaju razinu raspoloženja, ugrožavaju funkciju pojedinca ili njegovu sposobnost prilagođavanja društvu [2].

Djeca i adolescenti u današnje vrijeme suočavaju se s velikim brojem zahtjeva koje im društvo, roditelji i prijatelji postavljaju tijekom života i s kojima se moraju suočavati. Ako se nađu u situaciji da ne mogu odgovoriti na te zahtjeve na način na koji se to od njih očekuje, to im stvara veliki pritisak. Osim toga, ni unutar sebe ponekad ne mogu ostvariti sve svoje želje i ciljeve, jer te želje i ciljevi nisu u skladu s njihovim mogućnostima. Svi ti čimbenici mogu dovesti do depresije, povlačenja, tuge i drugih nuspojava. Osim toga, djeca i adolescenti mogu biti izloženi raznim oblicima zlostavljanja koje im mogu nametnuti njihovi vršnjaci, starije osobe, pa čak i njihovi roditelji. Kad su izloženi zlostavljanju, djeca i adolescenti se povlače, što na kraju dovodi do depresije koju vješto prikrivaju. Ponašaju se kao da je sve u redu, uvijek sretni i prijateljski raspoloženi, i nitko osim nije upoznat s njihovim problemima. Mnogi takvi slučajevi dovode do iznenadnih samoubojstava [3].

Simptomi mogu oscilirati od blagih promjena raspoloženja do težih poremećaja. Mogu trajati nekoliko dana do nekoliko godina, pojavljivati se samostalno ili istodobno sa simptomima nekih drugih bolesti. Češće su simptomi reakcije javljaju na stresne događaje, ali se mogu pojaviti i bez vanjskih uzroka. Obično se depresija ne smatra bolešću, već kratkotrajnom slabošću, nedostatkom samopouzdanja i niskim samopoštovanjem, što se može prevladati snažnom voljom. Najčešće takvo razmišljanje okoline čini da se osoba osjeća lošije.

Kad se depresija pojavi u djetinjstvu i adolescenciji, to je izuzetno neugodno iskustvo za dijete i njezinu obitelj. Depresija u djece i adolescenata jedan je od glavnih problema današnje psihodijagnostike. Drugim riječima, riječ je o izrazito heterogenoj kliničkoj slici, ovisno o funkciji sazrijevanja.

Depresivna djeca mlađe dobi izgledaju tužno, sporo se kreću, prisutan je monoton glas kao i nisko samopouzdanje. Podbacuju funkcioniranje u školi te se udaljavaju iz svojih omiljenih izvanškolskih aktivnosti [4].

Djecu predškolske dobi karakteriziraju tužni izrazi lica, nedostatak smijeha, plač, razdražljivost, zaostajanje u rastu i nedostatak sudjelovanja u igri i aktivnostima [4].

Školska djeca zbog bolje razvijenih verbalnih vještina navode slabije raspoloženje, lošu koncentraciju, loš uspjeh u školi, razdražljivost i tipične tjelesne simptome poput glavobolje i bolova u trbuhu [4].

Kod adolescenata simptomi su slični kao i kod odraslih [5]. Kod adolescenata su prisutni poremećaji u ponašanju i antisocijalno ponašanje, konzumiraju psihoaktivne tvari, promiskuitetni su, a osobnoj higijeni se ne pridaju veliku pozornost. Prekomjerno su osjetljivi na odbacivanje od strane drugih [6]. Adolescenti se osjećaju usamljeno, ljuto i bespomoćno te razočarani roditeljima i vršnjacima jer nemaju njihovo razumijevanje. Prisutni su osjećaji da moraju napustiti dom, te odbijaju sudjelovati u obiteljskim aktivnostima [7].

Između dječaka i djevojčica iste dobi, učestalost i simptomi istih se razlikuju. U dječjoj dobi, dječaci i djevojčice imaju iste simptome dok su simptomi u adolescenciji dvostruko češći kod djevojčica. Smatra se da je to rezultat djelovanja bioloških, društvenih (povećana očekivanja u školi, veća vjerojatnost izloženosti negativnom pritisku), psiholoških i kognitivnih (povećana autonomija) čimbenika. Djevojke su sklonije rješavanju problema na introspektivan način i podložnije su većem pritisku okoline. U pubertet ulaze ranije sa svim psihosocijalnim posljedicama tog turbulentnog razdoblja [4]. Tijekom puberteta i adolescencije djevojčice nailaze na probleme u procesu sazrijevanja, a to je i njihov problem i ponekad je teško razlikovati uobičajene loše emocije od depresivnih [7]. Stoga je važno obilježje metoda u rješavanju ovog problema i utvrđivanje dobnih i spolnih obilježja u izraženosti, učestalosti i jačini pojedinih simptoma.

1.1. Etiologija

U literaturi se mogu pronaći mnoge teorije o uzrocima nastanka depresije. Stoga se smatra da etiologija depresije može biti: nasljedna (genetska regulacija), promjene u neurotransmiterima (noradrenalin, serotonin, dopamin), fiksacija na oralnu razvojnu fazu, koncept naučene bespomoćnosti, teorija očajja, snažan stresni događaj (gubitak, traumatični događaji) i slično [8]. Etiologija depresije predmet je mnogih studija, a općenito govoreći, uzroci depresije uključuju dva koncepta: biološki i psihosocijalni. Uzroci depresije prema biološkim konceptima, mogu se pronaći u genetici, neuroendokrinim čimbenicima, poremećajima spavanja, neurokemijskim čimbenicima i neuroanatomskim promjenama. Psihosocijalni koncepti temelje se na psihoanalizi, kognitivnim teorijama i teorijama ponašanja te predisponirajućim čimbenicima, uključujući stresne životne događaje [9].

Poput odraslih, smatra se da su mnogi mehanizmi povezani s razvojem depresije i u dječjoj dobi sa specifičnim karakteristikama [10]. Čimbenici koji utječu na razvoj zdravih emocija i sprječavaju depresiju poznati još i pod nazivom „zaštitni čimbenici“ su: briga roditelja za svoju djecu, samopouzdanje, vjera djece u vlastite sposobnosti, samopoštovanje, socijalne vještine, učinkovite strategije suočavanja, te vjera i vjerska uvjerenja [11]. U pojavi depresije sudjeluju mnogi čimbenici, koji se dijele na biološke čimbenike, čimbenike samoga sebe i čimbenike okoliša. Pokazalo se da depresija smanjuje aktivnost određenih neurotransmitera u pojedinim dijelovima mozga. Stoga su napravljeni lijekovi za liječenje depresije, čiji je cilj smanjiti aktivnost ovog neurotransmitera, čime utječu na simptome [12].

Čimbenici ličnosti znače da osoba ima sklonost negativnim kognitivnim stilovima, što dovodi do očajja i depresije u situacijama neuspjeha, gubitka odnosa i odbacivanja. Stoga, neki definiraju depresiju kao rezultat kombinacije negativnih iskustava i negativnih tumačenja događaja. Tome u prilog govore i sociološke teorije koje uzrok depresije pronalaze u društvenim interakcijama i društvenim stresorima te naglašavaju da je nedostatak podrške iz okoline posebno važan čimbenik. Čimbenici iz okoline za pojavu simptoma depresije podrazumijevaju štetne događaje u okolini, poput zanemarivanja i zlostavljanja, stresne životne događaje poput gubitka, razvoda roditelja, poremećaja u obitelji (koji podrazumijevaju velike i česte sukobe među članovima obitelji), nasilja u obitelji i svjedočenja članova obitelji nasilju, kronične bolesti i ovisnost [10, 12].

Odnos roditelj-dijete je model prema kojem depresija dolazi zbog lošeg odnosa između djeteta i roditelja. Istraživanje na odraslim osobama s depresijom pokazalo je da rani

međuljudski odnosi imaju veliki utjecaj na njihov kasniji život. U povijesti pacijenata s depresijom postoje problemi s ranim međuljudskim odnosima, a posebno u odnosu između djeteta i majke, integritetu obitelji i interakcijama između članovi obitelji, a naročito ako je bilo prisutno nasilje u obitelji [10].

Zbog nezrele strukture ličnosti djece, postojanje depresije u djetinjstvu već je dugo kontroverzno. Međutim, česti opisi djece koji pokazuju tugu, razdražljivost, smanjenu koncentraciju, apetit i promjene sna, te suicidalne misli i ponašanje potaknuli su zanimanje dječjih psihijatara za ovu dijagnozu kod djece. Europski dječji psihijatri 1971. prvi su put priznali depresiju kao poremećaj, s velikom učestalošću u djece i adolescenata [13].

1.2. Epidemiologija

Trenutno većina istraživača depresiju definira kao kontinuitet od normalne, prolazne i povremene tuge do duboke depresije koja se nastavlja ili se ponavlja. Također je istaknuto da kliničke manifestacije depresije mogu biti segment normalnog razvijanja svakog djeteta, a ako nestanu s godinama i ne uzrokuju da se dijete ponaša abnormalno, to se ne smije smatrati dokazom "psihopatologije" [14].

Prevalencija velikog depresivnog poremećaja kod djece je oko 2%, a omjer dječaka i djevojčica je jednak, 1: 1. Tijekom adolescencije prevalencija je oko 4-8%, a omjer muškaraca i žena 1: 2 [8, 15]. Otprilike 5-10% djece i adolescenata ima susimptome velikog depresivnog poremećaja. Obiteljski teret depresijom kod djece i adolescenata koji pate od depresije je velik, a rizik od samoubojstva i potpune depresije povećan. Procjenjuje se da 10-20% djece školske dobi ima probleme poput anksioznosti, depresije i izolacije, pa je roditeljima i učiteljima teško prepoznati te simptome [16].

Čini se da svaka generacija od 1940. ima povećan rizik od razvoja depresije. Bolest se može prepoznati već u ranijoj dobi, jer istraživanja pokazuju da nakon 1940. svaka nova generacija ima veći rizik od depresije nego prethodna generacija, a bolest se pojavljuje kod sve mlađeg uzrasta [15, 17].

S porastom učestalosti depresije, stopa samoubojstava među mladima se također povećala, pa se čak utrostručila u posljednje četiri godine [14].

2. Klinička slika depresije u djece i adolescenata

Depresija se često ne prepoznaje, a djecu se počinje ukoravati i kažnjavati. Roditelji su iznervirani jer djeca postaju "bezvoljni", "gube vrijeme" i ne rade ništa "pametno". Među prvima su najčešće tete iz vrtića i odgojiteljice koje primjećuju da takva djeca imaju problema. U današnje doba djeca puno više perioda provode u vrtiću, školi ili dugotrajnom boravku nego kod kuće sa svojim obiteljima. Međutim, prvo na što ljudi pomisle je napetost između roditelja, svađe s roditeljima, obiteljski problemi, bijes prema učiteljima, loše ocjene, tako da će ljudi pronaći već pripremljeno psihosocijalno objašnjenje koje je pri ruci, i dobro poznato [18].

Odjedanput, to veselo i živahno dijete, nezaustavljivo i nemirno, prestalo je zračiti srećom u roku od nekoliko sekundi i odustalo od toga da bude vođa u igrama i sportu. Ako govorimo o djevojčici, ona više neće dominirati svojom grupom prijateljica. Postaje manje ekspanzivno, nije tako brz u odgovorima, postaje pospano i šutljivo. Ukočen je i stidljiv. Ako je prije učio s lakoćom, sada mu je teško sjetiti se i koncentrirati se; izgleda zamišljeno, uzrujano, sporo djeluje i nema inicijativu. Ali ne mora uvijek izražavati tugu, tjeskobu ili unutarnju bol [18].

Kod malog djeteta dolazi do prestanka s igrom, ne brine više o svojim stvarima, razdražljivo je, apatično, napeto, plače, a u vrtiću se skriva u kutu, odbija kontakt, odbija jesti, mršavi. Po noći ne spava i uvijek želi biti uz prisutnost majke, roditelja [18].

Prema postojećem klasifikacijskom sustavu, dijagnostički kriteriji za depresiju u odraslih, djece i adolescenata su isti, iako su kliničke manifestacije depresije u djece i adolescenata različite i obično su obilježene problemima u ponašanju, agresivnim ponašanjem, ljutnjom i tjelesnim simptomima. Medicinski napredak 1980 -ih godina koristio je standarde za odrasle za opis kliničkih manifestacija dječje depresije, pa je stoga postao sastavni dio klasifikacijskog sustava (16). U različitim fazama razvoja manifestacije depresije su različite [19].

2.1. Klinička slika ovisno o dobi djeteta

Kliničke manifestacije depresije u djece i adolescenata također se razlikuju ovisno o dobi što prikazuju i podaci u tablici 2.1.1

Dijete do 3. godine (anaklitička depresija)	Predškolska dob	Školska dob	Adolescencija
<p>bezizražajno ili tužno lice, oskudno plakanje, razdražljivost, spore ili hiperaktivne motoričke sposobnosti, nesudjelovanje u igri, problemi hranjenja i spavanja, problemi s privrženosti, strah od odvajanja, sporiji psihomotorni razvoj</p>	<p>Razdražljivost, hirovitost, tužan izraz lica, nedostatak osmijeha, izračajan plač, agresivnost, nedostatak kontakata, izbjegavanje sudjelovanja u igri ili destruktivnost, nedostatak zadovoljstva, poteškoće kod hranjenja i spavanja, nisko samopoštivanje, smanjena koncentracija, strah od odvajanja, pavor nocturnus, enureza, somatizacije, jaktacija, enkopreza, zaostajanje u rastu i razvoju zavisno o dobi</p>	<p>Razdražljivost, izražajan plač, hirovitost, neveselost, loša društvena interakcija, smanjen interes, nisko samopoštivanje, smanjena koncentracija, problemi u učenju, odbijanje škole, školska fobija, somatske smetnje, razočarenje životom, razmišljaju o samoubojstvu (rijetko pokušaju), poteškoće u hranjenju i spavanju</p>	<p>loše raspoloženje, jadikovanje, anhedonija, depresivno samoopisivanje, usporenost psihomotorike, poteškoće hranjenja i spavanja, osjećaj očaja i krivnje, prisutnost apatije, društveno povlačenje, smanjena koncentracije, sindromi potištenosti, somatizacije, zlouporaba tvari ovisnosti, promiskuitet, sklonost samoubojstvu</p>

Tablica 2.1.1 Simptomi depresije ovisno o dobi djeteta

(Izvor: BoričevićMaršanić V, Zečević I, Ercegović N, Paradžik Lj, Grgić V. Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. PaediatrCroat. 2016;60:119-125.)

Depresija u djece i adolescenata obično se javlja polagano i teško ju je prepoznati. Dječja depresija heterogena je bolest s raznovrsnim kliničkim manifestacijama. Depresiju i druge mentalne poremećaje u djece i adolescenata potrebno je proučavati u kontekstu procesa sazrijevanja i razvoja kako bi se utvrdile kliničke manifestacije depresije čiji su glavni simptomi specifični za svaku fazu rasta [20].

Rano djetinjstvo

Upozorenje o mogućnosti depresije u djece mlađe od 3 godine (tzv. analitička depresija) upozoravaju nas: značajan plač, tužan izgled, slaba sposobnost vježbanja, zaostajanje u rastu, nedostatak apetita i sna, nedostatak zabave u razvojnim aktivnostima i nedostatak društvenog interesa.

Predškolska dob

Najčešće kliničke manifestacije predškolske depresije su fizički simptomi poput boli (glavobolja ili bol u truhu), umor i vrtoglavica i prisutni su kod otprilike 70% djece s depresijom [21]. Osim tjelesnih simptoma, često se javlja i tjeskoba (posebno anksioznost zbog razdvajanja), fobija, nemir psihomotorike ili hiperaktivnost, iritabilnost, nedostatak apetita, smetnje u postizanju očekivane razvojne težine i problema sa spavanjem. Manje često se pojavljuje enureza i enkopreza, tužni izrazi lica, plačljivost, agresivno i razorno ponašanje.

Uživanje u igranju ili pohađanju vrtića opada ili nestaje, a djeca ne stječu društvene vještine primjerene dobi [21]. Iako većina autora smatra da u tom razdoblju nema suicidalnih misli i namjera, Shaffi i Shaffi [22] istaknuli su da česti i nasilni udarci u glavu, ujedanje sebe, gutanje opasnih predmeta i skloni nesrećama mogu se smatrati ekvivalentnim suicidalnim sklonostima kod mlađe djece.

Školska dob

Djeca školske dobi znaju verbalno izraziti osjećaj depresije, obično opisuju prisutnost tuge, razdražljivosti ili dosadu. Izgledaju tužno, lako plaču, hladni su, umorni, izolirani, ne uspijevaju u školi, što može dovesti do izbjegavanja škole. Može se javiti tjeskoba zbog razdvajanja, fobije i želja za smrću. Obično se žale na slabiju koncentraciju i tjelesnu nelagodu, gubitak težine i nesanica. Osim što sebe opisuju kao glupog ili nepoželjnog, može postojati i

nemogućnost postizanja zadovoljstva, narušeni odnosi s vršnjacima i nisko samopoštivanje. Obično su profesori u školi koji prvi primjećuju promjene u depresivnoj djeci [22].

Obično postoje dva oblika prepubertetske depresije. Češće, koegzistira s problemima u ponašanju i nema pozitivno nasljeđivanje depresije, ali je zato kod roditelja prisutna zlouporaba droga i kriminalitet. Proces je sličan onom kod poremećaja u ponašanju, a rizik od ponavljanja depresije se ne povećava u odrasloj dobi. Drugi oblik prepubertetske depresije je rjeđi. Karakterizira ga velika obiteljska prevalencija depresije. Stoga se može reći da depresija ima višegeneracijski prijenos, a incidencija anksioznosti i bipolarnog poremećaja je velika, te je velika mogućnost povratka depresije u adolescenciji i odrasloj dobi.

U predškolskoj i školskoj dobi depresija se može identificirati prema sadržaju koji zauzima djetetova mašta, želja, san i igre. Ti sadržaji često za temu imaju neuspjeh, nezadovoljstvo, uništenja, razne ozljede, gubitka i odvajanja, samokritike i smrti [22].

Adolescencija

Iako adolescentna depresija obično pokazuje simptome slične odraslima, mogu postojati fenomenološke karakteristike tipične za adolescenciju. Depresivni tinejdžeri nisu uvijek tužni, uglavnom izgledaju razdražljivo i nestabilno te često imaju burne emocionalne reakcije i izljeve bijesa [23]. Više od 80% adolescenata u velikoj je mjeri iskusilo apatiju, nedostatak energije i smanjen interes, psihomotornu retardaciju, očaj i krivnju. Poremećaje u spavanju, osobito pretjerano spavanje, promjene apetita i težine, izolaciju i poteškoće u koncentraciji. Ostali simptomi ove dobne skupine uključuju loše akademske uspjehe, nisko samopoštovanje, suicidalne misli i namjere te ozbiljne probleme u ponašanju, osobito zlouporabu alkohola i droga [24]. Oko 12. godine, razvoj apstraktnog mišljenja omogućio je ljudima da razumiju koncept smrti, pa suicidalne misli dobivaju više na važnosti, a očaj i beznadnost se odražavaju u dramatičnom porastu pokušaja samoubojstva i izvršenih samoubojstava tijekom adolescencije.

Djevojke će se češće žaliti na simptome poput tuge, praznine, dosade, bijesa i tjeskobe. U usporedbi s mladićima koji se češće žale na prezir, skloniji bježanju od kuće, fizičkom nasilju, krađi i zlouporabi opojnih sredstava, djevojke pokazuju neodobravanje i poremećaje u ponašanju, općenito su više zabrinute za odnose s vršnjacima, manje su zadovoljne svojim izgledom, savjesnije su i imaju niže samopoštovanje [25]. Sklonost alkoholu može biti važan pokazatelj depresije kod mladih ljudi.

U normalnim okolnostima, sam tinejdžer najbolji je prenositelj informacija o njegovoj depresiji, a njegovi kolege iz razreda i prijatelji najlakše će primijetiti promjene uzrokovane patologijom. U adelescentnoj dobi, za razliku od prije, roditelji i učitelji obično ne znaju da njihova djeca i učenici imaju depresiju.

2.2. Razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10 (MKB-10) i DSM-5 klasifikaciji u dijagnostici velikog depresivnog poremećaja kod djece i adolescenata koriste se isti kriteriji za dijagnostiku kao i za odrasle. Iako se glavne manifestacije simptoma mijenjaju s starosti djeteta, neki su simptomi česti kod djece (tjelesna nelagoda, razdražljivost i društveno povlačenje), a neki se rijetko pojavljuju (kašnjenje psihomotornog razvoja) [26, 27].

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 5 izdanje, (DSM-5) u depresivne poremećaje ubraja: Veliki depresivni poremećaj (jedna epizoda i ponavljajući), Perzistentni depresivni poremećaj (distimija), Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekom, Predmenstrualni disforični poremećaj, Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, Depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja i Drugi specificirani i nespecificirani depresivni poremećaj (mala ili subsindromalna depresija) [26].

Glavna karakteristika velikog depresivnog poremećaja je jedna ili više depresivnih epizoda bez anamneze prisutnosti epizoda manije, miješanih ili hipomanije. Depresivne epizode uključuju minimalno 2 tjedna kontinuirane depresije, tuge ili razdražljivosti i/ili samnjenje interesa i zadovoljstva prilikom svakih aktivnosti (anhedonije), s najmanje sljedećih pet simptoma: promjena apetita, značajan gubitak težine ili povećanje težine. Kod djece neostvarivanje za dob očekivanog razvoja tjelesne težine, nesanice ili hipersomnija gotovo svaki dan, psihomotorne uznemirenosti ili sporosti, umora ili gubitka vitalnosti, osjećaja beskorisnosti ili velike i neprikladne krivnje, smanjene sposobnosti razmišljanja, koncentracije ili neodlučnosti, retrospektivnog razmišljanja o smrti, repetitivne suicidalne misli bez posebnog plana, pokušaja samoubojstva ili posebnog plana samoubojstva. Riječ je o promjeni u usporedbi s prethodnim funkcionalnim modelom, a postoje velike poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju. Simptomi nisu posljedica izravnih fizioloških učinaka psihoaktivnih tvari ili općeg zdravlja [26].

Perzistentni depresivni poremećaj (distimija) karakterizirana je dugotrajnom razdražljivošću ili depresijom koja traje veliki dio dana, više dana nego što nije zabilježeno tijekom perioda u trajanju od godine dana. Prisutna su najmanje dva simptoma: gubitak apetita ili prekomjeran unos hrane, nesanica ili hipersomnija, nedostatak energije ili umor, smanjenje samopouzdanja, nepažnja ili poteškoće u donošenju odluka i osjećaj očajja. Za djecu i adolescente karakteristična je ljutnja, tjeskoba, gađenje, tjelesne poteškoće, sklonost samoozljeđivanju, otpor, neposlušnost i poteškoće u učenju [26].

Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja karakterizirani su kroničnom, teškom, upornom, razvojnoj dobi djeteta nesukladena iritabilnost, koja se očituje čestim izljevima ljutnje (često kao odgovor na frustracije; verbalno i bihevioralno; najmanje 3 puta tjedno tijekom godine, u najmanje dva okruženja). Veći dio dana, gotovo svakodnevno između epizoda izbijanja ljutnje javlja se kronično, ustrajno, razdražljivo ili ljuto raspoloženje, a ljudi u djetetovom okruženju primjećuju to [26]. Početak bolesti trebao bi biti prije 10. godine (ne za djecu mlađu od 6 godina). Odnos između obitelji i vršnjaka je ozbiljno narušen, a postoje i neuspjesi u školi. Opasna ponašanja, suicidalne misli ili pokušaji samoubojstva, teška agresija i psihijatrijska hospitalizacija često su prisutna. Stopa konverzije bipolarnog poremećaja vrlo je niska i kod ulaska u pubertet i u odrasloj dobi povećan je rizik od unipolarne depresije i/ili anksioznosti [26].

Tablica 2.2.2 prikazuje razlike u kliničkim manifestacijama depresije između odraslih i djece povezana fizičkim, kognitivnim, emocionalnim i socijalnim razvojnim fazama.

Simptomi depresije

Odrasli	Djeca i adolescenti
Smanjeno, depresivno raspoloženje	Razdražljivost, prevrtljivo raspoloženje, povećana plačljivost, izostanak doživljaja sreće, ljutnja, pri minimalnim podražajima jaki izljevi bijesa
Smanjen interes i uživanje u ranije ugodnim aktivnostima	Osjećaj dosade, izostanak interesa za igru i sport, izbjegavanje ranije ugodnih aktivnosti

Veliki gubitak ili porast tjelesne težine	Ograničenost u postizanju razvojno predviđene težine; u adolescenata često pretjerano jedenje i povećanje tjelesne težine
Nesanica ili prekomjerno spavanje	Promjene kod obrasca spavanja, prilikom uspavlivanja, odbijanje rano jutarnjeg buđenja ili jutarnjeg buđenja
Psihomotorna retardacija ili agitacija	Problemi mirovanja, izvršavanja mirnog sjedenja, konstantno koračanje ili izražena usporenost s oskudnim spontanim pokretima
Umor ili izostanak energije	Konstantan umor, osjećaj “manjak energije”, “lijenosti”
Smanjena mogućnost koncentriranja i donošenja odluka	Pad djelotvornosti u školi zbog smanjene motivacije, mogućnosti koncentracije, učestalih izostanaka
Manjak samopoštovanja, osjećaj krivnje	Tvrđenje “nitko me ne voli, svi me mrze, glup sam”, optuživanje sebe za događaje koji su izvan osobne kontrole, samokritičnost
Povratne ideje o samoubojstvu ili ponašanje	Česta razmišljanja i maštanje o smrti, pisanje o smrti, poklanjanje omiljenih stvari i igraćaka, samodestruktivno ponašanje Tjelesne pritužbe kod 70% oboljelih: glavobolja, abnormalni simptomi i bolovi u mišićima i kostima Napuštanje doma Izražena osjetljivost na odbacivanje, društvena izolacija, problemi u odnosima s vršnjacima i članovima u obitelji

Tablica 2.2.2 Razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece - uvjetovane djetetovim fizičkim, kognitivnim, emocionalnim i socijalnim razvojnim stadijima

((Izvor: BoričevićMaršanić V, Zečević I, Ercegović N, Paradžik Lj, Grgić V. Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. PaediatrCroat. 2016;60:119-125.))

2.3. Tipovi depresije u djece i adolescenata

Prema najčešćim simptomima možemo razlikovati nekoliko vrsta, odnosno kliničkih manifestacija depresije: klasična, somatska, razdražljiva i atipična. Karakteristični simptomi svake kliničke slike navedeni su u tablici 2.3.3

Klasična	Somatska	Atipična	Razdražljiva
Usporenost, gubitak energije, gubitak apetita, nesanica, tužan izgled, govor monotonim glasom, usamljenost, žale se na dosadu, nemaju zadovoljstva, česti strahovi, loša koncentracija i školski uspjeh, česte somatske pritužbe, nisko samopoštovanje, beznadnost	Glavobolje, bolovi u trbuhu ili ostalim dijelovima tijela, ubrzan puls, astma, konverzivne reakcije, smetnje u spavanju, promjene u apetitu, gubitak energije i umor	Izražajno spavanje, povišen apetit, osjetljivost na odbijanje, letargija	Razdražljivost, nemir, problemi ponašanja - suprostavljanje, agresija, kršenje pravila, otpor prema autoritetima, izljevi gnjeva, nemogućnost suočavanja s najmanjom nelagodnom

Tablica 2.3.3 Tipovi depresije/kliničke slike prema prevladavajućoj simptomatologiji (Izvor: Boričević-Maršanić V, Zečević I, Ercegović N, Paradžik Lj, Grgić V. Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. PaediatrCroat. 2016;60:119-125.)

Klasične kliničke manifestacije najlakše je prepoznati jer imaju simptome slične odraslima: psihomotorna usporenost, izostanak energije, smanje napetit, nesanica, tužan izgled, usamljenost, izostanak zadovoljstva, strah, nisko samopoštovanje i očaj.

Kliničke manifestacije depresije sa somatskim simptomima obično uključuju: bolove u trbuhu ili različitim dijelovima tijela, glavobolju, tahikardiju, reakcije pretvorbe, poremećaj sna, promjene apetita, nedostatak energije i umor.

U kliničkim manifestacijama djece najučestalije promjene raspoloženja su razdražljivost [22, 28]. Depresivno dijete ne može podnijeti frustraciju i bit će bijesno na najmanju provokaciju. Razdražljivost je obično izraženija u kući nego u drugim sredinama. Ova klinička manifestacija također se često javlja kod adolescenata i često se pogrešno dijagnosticira kao poremećaj ponašanja.

U adolescenata, depresivne epizode ponekad pokazuju atipična obilježja: emocionalne reakcije, pojačan apetit ili povećanje tjelesne težine, pretjerano spavanje, koje može uključivati i produženi noćni san, olovna paraliza definirana je kao osjećaj težine, olova ili umora, obično nogu ili ruku, kao i dugoročni modeli koji su iznimno osjetljivi na odbacivanje drugih. I u konačnici dovode do značajnih promjena u društvenim ili akademskim funkcijama.



Slika 2.3.1. Slikovit prikaz simptoma depresije međusobno povezanih

(Izvor: <https://www.efzg.unizg.hr/UserDocsImages/Za%20studente/Mentalno%20zdravlje/5%20-%20Depresija.pdf?vel=946063>)

2.4. Tijek i ishod depresije

Prosječno trajanje liječenja za velike depresivne epizode prema Jefferyju i sur., kod djece ili adolescenata je od 7 do 9 mjeseci [29]. Isti je autor istaknuo da će se 90% pacijenata oporaviti u roku od 18 mjeseci. Međutim, istaknuli su kako čak 50% mladih ljudi doživi recidiv, što znači da se simptomi ponavljaju prije nego što se potpuno oporave. Stopa recidiva, odnosno povratak recidiva nove depresivne epizode nakon oporavka također je visoka.

Prema Jeffreyju i sur. 40% će doživjeti drugu epizodu u roku od dvije godine, 70% unutar pet godina i 6% do 10% steći će kronični tijek depresije. Čini se da prva epizoda velikog depresivnog poremećaja u adolescenciji povećava rizik od ponavljane depresije u odrasloj dobi [29].

Čimbenici koji povećavaju rizik od loših ishoda velike depresije su: koegzistirajuće bolesti (npr. distimija, tjeskoba, zlouporaba droga itd.), Izloženost negativnim životnim događajima i obiteljska povijest ponavljajućeg velikog depresivnog poremećaja. Rizik od bipolarnog poremećaja u ranoj depresiji je 10% do 20% (30). 20% do 40% pacijenata sa sljedećim čimbenicima rizika razvit će bipolarnu depresiju u roku od pet godina: prisutnost psihotičnih simptomima ili kašnjenjem psihomotornog razvoja, obiteljska anamneza bipolarnog poremećaja ili hipomanične epizode zbog antidepresiva [29].

Distimični poremećaj može trajati mnogo godina, da pacijent i njegova obitelj to ne prepoznaju, odnosno zato što predugo traje, zamjenjuju je pacijentovim osnovnim emocijama.

Epidemiološke studije su potvrdile da mnogi takozvani "ekvivalenti depresije", poput ljutnje, straha i enureze, češći u djetinjstvu i obično s vremenom nestaju i nemaju dijagnostički značaj [14]. Ponekad i neki kompleksniji pokazatelji depresije mogu biti relativno česti; na primjer, plač, kao manifestacija dječje tuge, pokazuje značajnu razliku u dobnoj funkciji: oko 18% šestogodišnje djece i 2% adolescentne djece plače 2-3 puta tjedno.

Općenito, depresija je kronični i reverzibilni poremećaj koji traje i u odrasloj dobi, te koja može dovesti do mnogih ozbiljnih komplikacija u školskom radu i uspjehu, međuljudskim odnosima i obiteljskom životu djeteta ili adolescenta.

Međutim, istaknuto je da je u svakoj procjeni potreban oprez, jer poremećaj na afektivnom planu nije normalan razvojni fenomen i djeca ih obično ne "prerastu" bezbolno kao što se to smatra, pa zaslužuje punu pozornost kliničara [14].

3. Komorbiditet

Komorbiditet je izraz koji se izvorno koristi u medicini za opisivanje različitih neovisnih bolesti ili poremećaja koji postoje u isto vrijeme. Zbog sličnosti između simptoma specifičnih karakteristika bolesti, osobito je česta u internaliziranim bolestima. Rezultati provedenih epidemioloških studija dokazuju da su u psihologiji djece i adolescenata komorbiditeti više norma nego iznimka [16].

Komorbidne psihijatrijske bolesti povećavaju rizik od ponavljajućih depresija, produljenih depresivnih epizoda, povećanih pokušaja samoubojstva, poremećenih funkcionalnih ishoda, smanjeni odgovor na liječenje, povećan rizik od drugih medicinskih problema i smanjena vjerojatnost korištenja usluga mentalnog zdravlja. 40% do 70% depresivne djece i adolescenata ima komorbidne psihijatrijske poremećaje, a 20% do 50% ima dvije ili tri komorbidne dijagnoze [29].

Najčešći komorbiditet je distimija, zatim slijede anksiozni poremećaji, poremećaji ponašanja i poremećaji zlouporabe droga. Osim zlouporabe droga, velika depresija obično se javlja nakon početka druge psihičke bolesti, a zlouporaba droga najčešće se javlja prije depresije, što može povećati rizik za nastajanje depresije.

Među mladima s distimijom koji također pate od velikog depresivnog poremećaja (tzv. "dvostruka depresija"), depresija je intenzivnija i kronična. U usporedbi s mladim ljudima koji imaju samo jednu vrstu depresije (tj. tešku depresiju ili distimiju), oni također imaju veće komorbiditete, veću stopu samoubojstava i veće društvene izolacije.

Komorbidna anksioznost obično produžuje tijek depresivnih epizoda u djece i adolescenata. Nasuprot tome, djeca i adolescenti s dijagnozom ADHD -a imaju povećan rizik od depresije. Mladi ljudi s poremećajima u ponašanju češće imaju bipolarni poremećaj nego unipolarnu depresiju. Neka istraživanja procjenjuju da više od 60% depresivnih adolescenata zadovoljava kriterije komorbidnog poremećaja osobnosti, od čega je 30% granični poremećaj osobnosti [29].

Prilikom kombinacije depresije i nekog drugog mentalnog poremećaja, liječenje može biti izazovno. Osoba može zatražiti liječnika za pomoć u liječenju depresije, ali ako osoba također pati od anksioznosti i nije prepoznata, tada će simptomi depresije vjerojatno biti prisutni ili se nastavite vraćati. Jedini način da se riješi međuovisnost ove složene bolesti je identificiranje i liječenje obje bolesti [31].

3.1. Depresija i suicidalnost

Samoubojstvo se može dogoditi u bilo kojoj fazi bolesti, pa se nikada ne može isključiti mogućnost njegova pojavljivanja [19,26,28]. Ringel je definirao fenomene slične samoubojstvu i ponašanja prije samoubojstva, kako bi stekao uvid u psihopatološke događaje koje su pojedinci doživjeli nekoliko dana prije pokušaja samoubojstva. Glavna razlika između namjerne ozljede i pokušaja samoubojstva je prisutnost želje za smrću [32].

Pitanja koja je liječnik najčešće postavlja tijekom procjene opasnosti od samoubojstva je: da li se pacijent osjeća očajno, beznadno i bespomoćno, je li umoran od "stalne borbe", ima li želju umrijeti? Je li ikada razmišljao o samoubojstvu? Postoje li neki posebni planovi? Postoje li sredstva i mogućnosti za pokušaj samoubojstva? U kojoj mjeri je pacijent impulzivan? Postoji li povijest pokušaja samoubojstva i da li žali li zbog svog neuspjeha? Rizik od samoubojstva jedan je od razloga hospitalizacije pacijenata s depresijom [17].

Prema istraživanju, u Sjedinjenim Državama osobe mlađe od 18 godina počine suicid svaka dva sata, a broj onih koji to pokušavaju je 5 do 20 puta veći. Nažalost, s godinama ovaj broj postaje sve veći. S obzirom na dob i spol, samoubojstva su relativno rijetka među djecom mlađom od 10 godina, ali se tijekom puberteta i adolescencije povećava, djevojčice češće pokušavaju samoubojstvo, ali dječaci ipak češće počine samoubojstvo. Dječaci koriste nasilnije metode, imaju pravne probleme, financijske probleme. Ljudi koji počine suicid uoči smrti imaju poremećaje ponašanja, poteškoće s alkoholom, zlouporabom droga i anksiozne poremećaje. Suicidalna sklonost najčešće je pod utjecajem depresije. U mnogim studijama kod odraslih utvrđena je povezanost depresije i samoubojstva, a slični su rezultati dobiveni i u djece i adolescenata. Samoubojstvo "služi" ljudima da izbjegnu situacije koje su postale nepodnošljive i neugodne; kao apel za pomoć upućena okolini, agresija, bijes i kažnjavanje drugih, te želje za boravkom s ljudima koji nisu prisutni i koji su umrli [7].

3.2. Poremećaji osobnosti i depresija

Poremećaji osobnosti obično se javljaju u mladosti. Takvi ljudi teško kontaktiraju druge ljude. Najčešće povezane s depresijom su:

1) granični poremećaj osobnosti – djeca i adolescenti s graničnim poremećajem osobnosti nestabilni su u odnosima s drugima, vlastitom poimanju sebe i emocijama. Koriste prijetnje,

pokušavaju se ozlijediti ili izvršiti samoubojstvo, a neki ljudi se onesposobljuju grebanjem, rezanjem ili spaljivanjem vrućim predmetima. Teška depresija i anksiozni poremećaj povezan je s graničnim poremećajem ličnosti. Za liječenje se koristi psihoterapija. Cilj liječenja je ukloniti ili smanjiti negativne predloške ponašanja i pomoći ljudima da se nose sa sobom i prilagode se životnom okruženju. Ako se depresija i granični poremećaj pojave u isto vrijeme, antidepressivi se mogu koristiti u varijanti s nekim drugim psihijatrijskim lijekovima [31].

2) ovisni poremećaj osobnosti - djeca i adolescenti s ovisnim poremećajem osobnosti imaju jake emocionalne potrebe za ljubavlju, te je iz tog razloga njihovo ponašanje često pasivno, skromno i podređeno. Osoba ima snažnu potrebu brinuti se o drugima i ne može živjeti samostalno. Potrebna joj je stalna potvrda od drugih. Teško je donositi odluke bez tuđe pomoći [31].

3.3. Anksioznost i depresija

Anksioznost podrazumijeva prirodni osjećaj koji osoba ima s vremena na vrijeme u stresnoj situaciji. Ukoliko osoba treba završiti posao u kratkom vremenu, voziti se po lošem vremenu ili žuri s jednog mjesta na neko mjesto, osjećat će se tjeskobno. Uz to, tjeskoba može biti simptom ili mentalna bolest. Anksiozni poremećaj odražava se postojanjem anksioznosti većinu vremena, a često će se pojaviti kada se osoba treba suočiti s jednom od tipičnih situacija [7].

Anksioznost se obično manifestira kao simptom depresije. Čak više od 50% ljudi koji pate od depresije također osjećaju tjeskobu. Kombinacija lijekova i psihoterapije najučinkovitiji je način liječenja povezane tjeskobe i depresije. Prema Kramlingeru [31], tjeskoba je obično jedan od simptoma anksioznih poremećaja:

1) Generalizirani anksiozni poremećaj - prisutnost prekomjernog straha ili tjeskobe. Osoba se osjeća uplašeno, puna sumnje u vezi svake odluke koju je donijela, te osjećajem da će se Lloše stvari dogoditi;

2) Socijalni anksiozni poremećaj- pretjerani strah od društvenih situacija, anksioznost se može pojaviti u društvu stranaca prije javnih nastupa;

3) Opsesivno-kompulzivni poremećaj - osoba koja pati od njega ima trajno, nekontrolirano kompulzivno ponašanje ili oboje. Osoba je konstantno zabrinuta hoće li pogriješiti. Tipični primjeri su ekstremno pranje ruku ili pospremanje kuće radi uklanjanja bakterija, provjeravanje jesu li vrata zatvorena;

4) Panični poremećaj - panični poremećaj je iznenadni, snažan osjećaj strave i užasa, s povećanim brojem otkucaja srca i prekomjernim znojenjem. Polovica pacijenata s paničnim poremećajem doživjela je barem jednu depresivnu epizodu;

5) Posttraumatski stresni poremećaj - može se aktivirati kod ljudi koji su doživjeli fizičku ili emocionalnu traumu, a slike događaja mogu se vratiti. Mnogo je dokaza da se depresija može pojaviti nakon dugotrajnog posttraumatskog stresnog poremećaja. Osim toga, depresija može prethoditi i njegovom razvoju.

Visoka korelacija tumači se kao rezultat istih ili sličnih izjava sadržanih u skali samoprocjene anksioznosti i depresije. Depresija i anksioznost nesumnjivo su najčešći oblici istodobne dijagnoze u djece i adolescenata. Postotak djece s dijagnozom anksioznosti i depresije kreće se od 15% do 80%. Simptomi mješovite tjeskobe i depresije su: nepažnja, tjeskoba, iščekivanje najgoreg, poremećaj sna, umor ili nedostatak energije, razdražljivost, plač, očaj, nisko samopoštovanje [7].

3.4. Zluporaba sredstva ovisnosti i depresija

Prema Vulić-Prtorić, depresija je bolest usko povezana sa zluporabom droga. Među zadarskim ispitanicima 9% izjavilo je da su depresija i drugi oblici neurotičnih simptoma glavna motivacija za prvu ovisnost [7]. Mladi depresivni pacijenti ovisni o drogama u tome traže spas i olakšanje, nadajući se da će uzimajući opojna sredstva smanjiti depresiju, te time proizvest iluziju društvene pripadnosti i jedinstva. Time imaju osjećaj da stječu popularnost među svojim vršnjacima, i time sami sebi stvaraju iluzije [7].

Otprilike 20% korisnika droga pretrpjelo je ili je doživjelo veliku depresivnu epizodu, a oni koji zlupotrebljavaju alkohol (njih oko 30%) zadovoljavaju kriterije za depresiju. Ljudi često konzumiraju alkohol i drogu kako bi se osjećali bolje. Premda, čak i ograničene količine alkohola ili drugih ovisnih tvari mogu pospješiti ili pogoršati razvoj depresije [31]. Djeca i

adolescenti koji pate od komorbiditeta depresije i ovisnosti zahtijevaju vrlo dugotrajno i pomno planirano liječenje [7]. Da bi liječenje bilo uspješno, mora se liječiti istodobno oba poremećaja. No, postoji problem. osoba može biti uključena u plan liječenja od ovisnosti o drogama, ali njezina depresija još uvijek može biti neprepoznata i neliječena, ili specijalisti za mentalno zdravlje mogu liječiti depresiju, ali ne liječiti ili čak prepoznati ovisnost o drogama.

Početak liječenja ovisnosti o alkoholu i drogama započinje uklanjanjem ovisnosti o drogama pod nadzorom liječnika, nakon čega slijedi apstinencija. Ostali dijelovi liječenja uključuju podršku, obrazovanje, psihoterapiju, a ponekad i lijekove. Liječenje depresije da bi bilo učinkovito, problem ovisnosti mora se svladati, jer ako se problem ovisnosti ne prevlada, malo je vjerojatno da će liječenje depresije uspjeti. Osim toga, liječenjem ovisnosti mogu se poboljšati ili povući simptomi depresije bez upotrebe antidepresiva [31].

3.5. Poremećaji prehrane i depresija

Ako osoba pati od poremećaja prehrane, može patiti od pridružene depresije. Oko 50% do oko 75% pacijenata s anoreksijom ili bulimijom nervozom imali su ili ima simptome depresije [35]. Prema Vulić-Prtorić, poremećaji prehrane očituju se u dva primarna oblika: anoreksija nervoze koja se manifestira gubitkom tjelesne težine i bulimija nervoze koju manifestiraju naizmjenični ciklusi prejedanja i povraćanja. Mnogi ljudi s anoreksijom imaju prisutne znakove bulimije i obrnuto. Osobe s anoreksijom smatraju se pretilima, jedu male količine hrane i previše vježbaju. Negativni učinci anoreksije mogu dovesti do smrti. Bulimija uključuje unos hrane i odmah nakon toga povraćanje.

Drugi poremećaji prehrane:

- 1) Emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane - osim što izbjegavaju hranu, djeca također pokazuju simptome depresije, anksioznosti i opsesivno-kompulzivnog poremećaja
- 2) Sindrom pervazivnog odbacivanja - djeca ne samo da odbijaju hranu, već i odbijaju sudjelovati u drugim društvenim aktivnostima i brizi o sebi

Komorbiditet između depresije i poremećaja prehrane oduvijek je zaokupiralo liječnike i znanstvenike, jer veliki broj djece koja boluju od poremećaja prehrane pate i od emocionalnih

poremećaja, osobito depresije. Kod ove dvije bolesti simptomi su: gubitak samopoštivanja i dojam gubitka kontrole. Anoreksija omogućuje djeci i adolescentima kao pokušaj da vrate njihovo samopouzdanje ostvarujući idealnu sliku o sebi i svom tijelu i time privlače pažnju roditelja.

Kod depresije i anoreksije prisutni su obiteljski problemi. Anoreksična djeca uglavnom su pod utjecajem pretjeranog miješanja i ustrajnosti u jedinstvu, prekomjerne zaštite i nedostatku rješavanja problema. Kod depresivne djece uglavnom je dominantna pretjerana kontrola, neprihvatanje dječjih ideja, namjere i postignuća. Drugi problem s depresijom i anoreksijom je samodestruktivnost. Depresivna osoba ne uvažava sebe i svoj život onakav kakav doista je, dok anoreksična osoba taj problem neuvažavanja izražava odbijanjem hrane [7].

4. Dijagnoza

Klinička procjena i dijagnoza depresije složen je i odgovoran zadatak. Tim stručnjaka sudjeluje u dijagnostici depresije, smatrajući da je djetetu potrebna takva metoda da riješi svoj problem. Psihijatar za djecu i adolescente i pedijatar imaju važnu ulogu u timu. Tim također uključuje i druge stručnjake za mentalno zdravlje, kao što su psiholog, pedagog i socijalni radnik [7].

Kako bi se procijenila prisutnost depresije, klinički razgovori i dalje su najtočnija metoda. U prvoj depresivnoj epizodi teško je razlikovati unipolarnu veliku depresiju od depresivnog razdoblja bipolarnog poremećaja. Podaci poput obiteljske povijesti bipolarnog poremećaja, psihoze i podataka o maniji ili hipomaniji uzrokovanoj lijekovima mogu predvidjeti razvoj bipolarnog poremećaja [24]. Tijekom procesa evaluacije potrebno je pažljivo procijeniti postoje li diskretni ili kratkotrajni hipomanični simptomi koji se lako zanemaruju. Uzimanje antidepressiva u takve djece i adolescenata može uzrokovati povećanje manije.

Osim dobivanja informacija od roditelja ili skrbnika, važno je i provesti individualne razgovore s djecom ili adolescentima kako bi se dobile točne informacije o simptomima depresije. Mjerne ljestvice mogu pomoći pri dobivanju dodatnih informacija o simptomima, ali se kliničari ne bi trebali oslanjati samo na njih prilikom postavljanja dijagnoze. Procjena sklonosti suicidu važan je dio procjene depresije. Roditelje i djecu ili adolescente također treba pitati postoje li potencijalni čimbenici rizika, uključujući lak pristup oružju, dostupnosti velikim količinama droge ili druge moguće metode samoubojstva. Osim toga, treba procijeniti i prisutnost komorbiditeta. Treba provesti fizikalne preglede i laboratorijske pretrage kako bi se isključili drugi medicinski uzroci depresije (poput hipotireoze, anemije, mononukleoze, autoimune bolesti, uzimanje zabranjenih tvari ili lijekova).

Djeca pouzdanije prijavljuju probleme i simptome. Stoga, kada se pojavi pitanje kome je potrebno više vjerovati prilikom dijagnostičke procjene, odgovor je obično – i djetetu i roditelju. Informacije koje primamo rezultat su percepcije i interpretacije razlika. Zbog posebne prirode depresije u djece i adolescenata, savjetuje se provesti psihološku procjenu u šest faza, pri čemu su u fokusu prve dvije faze [7].

4.1. Procjena rizika samoozljeđivanja i suicida

Prethodno je opisana povezanost depresije i samoubojstva te rizika od samoozljeđivanja u djece i adolescenata. Kako se rizik od samoubojstva od depresije značajno povećava, procjenjuje se da je opasnost od samoubojstva ključna u procjeni pacijenata. Pritom se mora obratiti pozornost ne samo na suicidalno ponašanje i namjere, već i na suicidalne misli i opći očaj. Dokazano je da veliki broj djece i adolescenata koji izvrše samoubojstvo imaju očite simptome mentalnih poremećaja. Obično su to poremećaji raspoloženja koji prate anksioznost i agresivno ponašanje [7]. Nažalost, kod velike većine slučajeva okolina neće tretirati te simptome kao predznakove upozorenja.

Smjernice za intervjuiranje suicidalne djece i adolescenata mogu pomoći kliničarima u procjeni rizika od samoubojstva i identificiranju znakova upozorenja. Kliničarima je važno razumjeti suicidalne misli i ideje, ne-suicidalne oblike samoozljeđivanja i pokušaje samoubojstva [7].

4.2. Procjena djetetove ugroženosti

Procjena ranjivosti djece drugo je prioritarno područje rada specijaliste. Neophodno je ustanoviti u kojem su razmjeru depresivni simptomi odgovor na stresne ili traumatične situacije koje iziskuju zaštitu djece. Važno je utvrditi da u dječjoj okolini postoje ozbiljna patološka stanja i pokrenuti postupke za zaštitu djece [7].

4.3. Procjena simptoma depresivnosti

Potrebno je ustanoviti prirodu i opseg simptoma. Metoda koja će se koristiti i izbor mjernog instrumenta ovise o mnogim čimbenicima, kao na primjer:

- Svrha evaluacije: svrha preliminarne evaluacije ili svrhe diferencijalne dijagnoze
- Priroda problema: pojavljuje li se problem na fizičkoj razini ili kroz sukob i agresivnost s drugima
- Osobine djeteta: spol, dob, sposobnosti
- Obiteljske karakteristike: socioekonomski status, obiteljsko obrazovanje, integritet obitelji

- Okruženje za procjenu: vrtić, škola, bolnica
- Osobine ocjenjivača: iskustvo, osobne preferencije

Smjernice za procjenu kliničkog značaja simptoma depresije u djece i adolescenata mogu biti od velike pomoći u procjeni simptoma depresije. Važno je identificirati promjene povezane s prethodnim stanjima, trajanjem simptoma, brojem i intenzitetom simptoma te utjecajem simptoma na dnevne funkcije.

Za dijagnostičku procjenu mogu se koristiti mnoge dijagnostičke ljestvice za procjenu simptoma depresije i samovrednovanje, te razgovori s roditeljima, učiteljima, djecom ili adolescentima. Najčešće korištena metoda u psihološkoj dijagnozi je ljestvica. Sačinjene su od popisa opisa raspoloženja i simptomi za koje se smatra da reflektiraju simptome depresije. Ove ljestvice koriste se za promatranje simptoma u smislu normalnih razvojnih promjena i pokušavaju odrediti njihovu učestalost i intenzitet. Ljestvica ima mnoge prednosti, lako se primjenjuje i prihvatljiva je za djecu školske dobi sa sustavom odgovora. Mogu se koristiti u učionicama i važan su alat za rano prepoznavanje simptoma depresije. Ovako dobiveni rezultati važni su kliničarima i mogu dobro voditi daljnje pojedinačne procjene[33].

Za dijagnostičku procjenu koriste se i strukturirani i polustrukturirani intervjui. Dizajnirani su tako da pokrivaju mnoge različite bolesti u djetinjstvu i adolescenciji, te pojednostavljaju dijagnostičke odluke temeljene na DSM-5 i MKB-10 standard.

Najčešće korištena ljestvica za procjenu depresije u djece i adolescenata je Children's Depression Inventory ljestvica, koju koristi i Republika Hrvatska. Riječ je o posebno prilagođenoj ljestvici - Beck's Depression Inventory, prikladna za djecu i adolescente, naime od 8 do 17 godina. Ljestvica se sastoji od 27 čestica, uključujući kognitivne, neurovegetativne i bihevioralne simptome depresije u djetinjstvu. Svaka se čestica sastoji od tri tvrdnje, a dijete bira onu koja mu najviše odgovara. Opisuje posljednja 2 tjedna. Svako od tri tvrdnje pridružene su vrijednosti 0, 1 i 2. Ukupna ocjena pokazatelj je stupnja depresije, gdje viši rezultat pokazuje da je stupanj depresije veći. Raspon vrijednosti može biti 0-54. Niska osjetljivost je nedostatak ove ljestvice [33].

Za adolescente postoji Reynold's Adolescent Depression Scale - ljestvica depresije za adolescente koja je prikladna za djecu od 12 do 18 godina. Sastoji se od 30 čestica koje ukazuju nazočnost simptoma prema kriterijima velikog depresivnog poremećaja i distimije. Pokazala se da je učinkovita u praćenju liječenja depresije. Međutim, ljestvica se još nije ukorijenila u Republici Hrvatskoj, jer neki je psiholozi smatraju prikladnim oruđem, dok je drugi ne vole.

4.4. Diferencijalna dijagnostika

Diferencijalna dijagnoza uključuje širok raspon medicinskih i psihijatrijskih bolesti. S medicinskog gledišta, obično je potrebno razlikovati depresiju od depresije uzrokovane sljedećim razlozima:

- a) lijekovi (kao što su određeni antihipertenzivni lijekovi, kortikosteroidi, oralni kontraceptivi, antikonvulzivi) ili sredstvima ovisnosti (kao što su alkohol, kokain, amfetamin, zlouporaba opijata te prekid ili povlačenje);
- b) endokrini ili metabolički poremećaji (kao što su hipotireoza ili hipertireoza, dijabetes, Cushingova bolest ili Addisonova bolest), poremećaji elektrolita poput hipokalijemije ili hiponatrijemija);
- c) zarazne bolesti (poput infektivne mononukleoze, gripe, encefalitisa);
- d) neurološke bolesti (poput traumatskih ozljeda mozga, cerebrovaskularni incident, epilepsije, epilepsije temporalnog režnja)
- e) druga zdravstvena stanja (kao što su anemija, pothranjenost, maligne bolesti, bolesti srca).

Procjena bi trebala uključivati fizički pregled pedijatra, zatim ocjenu kliničkog dječjeg psihologa, laboratorijsku obradu, toksikološku analizu, elektrokardiogram, elektroencefalogram i kompjutorizirana tomografija mozga kako bi se eliminirale gore spomenute bolesti [34].

4.5. Procjena rizičnih i zaštitnih faktora

Kako bi procijenili rizične ili zaštitne čimbenike za razvoj depresije, kliničari moraju koristiti podatke prikupljene tijekom intervjua i druge alate za mjerenje tih čimbenika. Važni su podaci o samopoštovanju, očaju i stresnim životnim uvjetima i strategije suočavanja s njima [7].

4.6. Procjena faktora za planiranje tretmana

Rad s depresivnom djecom i adolescentima počinje kliničkom procjenom, nakon čega predstoji planiranje i provedba liječenja. Prilikom planiranja liječenja kliničari se vode informacijama dobivenim psihološkom procjenom. Oslanjaju se na informacije o ozbiljnosti simptoma, strategije suočavanja sa stresom te podrškom i razumijevanjem okoline i obitelji. Procjena kvalitete obiteljskih međuodnosa bitna je za usvajanje odluke o involviranju članova obitelji u liječenje. Ova metoda planiranja liječenja može se usredotočiti na problem i učinkovito pomoći djetetu [7].

5. Liječenje

Psihosocijalna terapija i psihofarmakološka terapija koriste se za liječenje djece i adolescenata koji pate od depresije. Liječenje depresije općenito se smatra najučinkovitijim kada je multimodalno. Prilikom liječenja mladih ljudi s depresijom, lijekovi se rijetko, ako ih ima, koriste kao jedina strategija liječenja izolirana od psihosocijalnih intervencija [29].

5.1. Psihofarmakoterapija

Zbog nedostatka istraživačkih podataka o uporabi antidepresiva u predškolske djece, psihosocijalna intervencija, uključujući vođenje i liječenje roditelja, prva je linija liječenja. Malo se zna o utjecaju antidepresiva na mozak u razvoju [29].

U slučaju blagog ili umjerenog velikog depresivnog poremećaja Jeffery i suradnici preporučuju da se započne psihoedukacija i psihoterapija u trajanju od 4 do 6 tjedana. Ako je odgovor djelomičan ili nema odgovora, preporučuje se uvođenje selektivnog inhibitora ponovne pohrane serotonina nakon 4-6 tjedana (istraživanja pokazuju da može koristiti u djece i adolescenata) te ga koristiti ga 6-12 tjedana. Ako je odgovor samo djelomičan, potrebno je razmisliti o povećanju doze. Ako ni tada nema odgovora, treba uključiti drugi selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina (također odobren za djecu i adolescente) i koristiti ga još 6-12 tjedana. Ako ni tada nema odgovora, potrebno je preispitati dijagnozu i komorbiditete, te ostale druge čimbenike koji mogu imati negativan utjecaj na liječenje (na primjer, komorbiditeti, anksioznost; druge tjelesne bolesti; obiteljske funkcije; nepovoljni životni događaji). Ako dijete ili adolescent nije liječio specijalist za dječju ili adolescentnu psihijatriju, treba ih uputiti specijalistu, a može se prebaciti na antidepresive druge linije (bupropion, venlafaksin, mirtazapin, nefazodon). Nakon pozitivne reakcije, liječenje treba nastaviti 6 do 12 mjeseci, a zatim, ako nema recidiva, liječenje treba postupno prekinuti. Ako se dogodi još jedna nekomplikirana epizoda, uzimanje lijeka treba nastaviti od 1 do 3 godine [29].

U slučaju težih oblika velikog depresivnog poremećaja u početku bi kroz psihoedukaciju i psihoterapiju trebalo uvesti prvi selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (odobren za djecu i adolescente) u roku od 4 do 6 tjedana i razmotrite sigurnost i razinu skrbi koju dijete ili adolescent dobiva u slučaju samoubojstva. Algoritam koji su citirali Jeffery i suradnici vrlo su slični slučajevima koji se koriste za liječenje blage ili umjerene velike depresije, osim što je očekivano trajanje liječenja od 1 do 3 godine. Ako postoje dvije ili više složenih depresivnih

epizoda, tri ili više jednostavnih epizoda ili kronična depresija, lijekovi mogu trajati do tri godine, ponekad čak i doživotno [29].

Propisivanje antidepresiva djeci i adolescentima u stvarnoj dobi s teškom depresijom, provedena istraživanja su podržala ovu mogućnost, te se to pokazalo korisnim. Unatoč kontroverzama koje je pokrenula Uprava za hranu i lijekove upozoravajući da bi se svi antidepresivi trebali koristiti opreznije u djece i adolescenata, upotreba određenih selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina se pokazala učinkovita za mnoge mlade osobe s velikim depresivnim poremećajem [29].

Određene randomizirane, placebo kontrolirane studije podržavaju uporabu selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina u djece i adolescenata: na primjer, studija fluoksetina [35]; studija paroksetina [36]; studija s fluoksetinom [37]; kontrolirano ispitivanje učinkovitosti sertralina i escitaloprama. Iako ove studije podržavaju uporabu selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina u adolescenata, one nastavljaju otvarati neka metodološka i druga pitanja. Općenito, ove stope odgovora na placebo veće su u djece, a niže u adolescenata [38]. Naravno, iz navedenih razloga, liječnik bi trebao pažljivo objasniti i opravdati svoju odluku o određivanju selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina za djecu i adolescente roditeljima i samom pacijentu.

Također je potrebno napomenuti da su randomizirane kontrolne studije i meta-analize pokazale da triciklički antidepresivi nisu učinkovitiji od placeba u liječenju depresije u djece i adolescenata [38]. Triciklički antidepresivi nisu antidepresivi "prve linije" za liječenje velikog depresivnog poremećaja u djece i adolescenata [29, 38]. Zbog neučinkovitosti, nuspojava i smrtnosti od predoziranja, Birmaher i Brent smatraju da se triciklički antidepresivi trebaju ukloniti s popisa lijekova koji se razmatraju za liječenje depresija u djece i adolescenata [38].

Plan liječenja trebao bi uključivati liječenje komorbiditeta. Posebnu pozornost treba posvetiti zlouporabi tvari ovisnosti koje mogu uzrokovati depresiju i povećati rizik od samoubojstva. Osim toga, liječenje ne bi trebalo biti ograničeno na uklanjanje simptoma depresije, već bi trebalo uključivati i druge funkcionalne probleme, čak i kada problem lošeg raspoloženja je riješen. Obiteljska intervencija obično je potrebna za ublažavanje poteškoća u obiteljskim funkcijama i jačanje psihosocijalne podrške. Plan liječenja mora uključivati sigurnost pacijenta, odnosno njegova razina snage mora moći osigurati dovoljan stupanj sigurnosti pacijenta. Nema stvarnih dokaza da "nenamjerni" ugovori doista mogu spriječiti samoubojstvo [29].

5.2. Individualna terapija

Individualni tretman uključuje sve tehnike i metode za dječju percepciju i depresivne simptome [10]. Terapija igrom posebno je prikladna za djecu. Zbog smanjene jezične komunikacije radi razvojne faze, ove bi tehnike trebale biti prikladne za neverbalnu komunikaciju. Terapija igrom primjenjuje se kao individualna i grupna terapija.

U djece od 6 do 12 godina provode se psihoterapijske tehnike temeljene na transferu, koje obično započinju fazom podrške, progresivnom empatijom i samopromatranjem. Fokus liječenja je na međuljudskim odnosima [10]. Usredotočuje se na odnos između depresivne djece i drugih, te na probleme uzrokovane tim odnosima. Tijekom tog razdoblja, terapija igrom i transfer terapija često se koriste u kombinaciji, a korišteni materijali također su vrlo različiti (slikanje, igranje lutkama, životinjama, pripovijedanje itd.). Činjenica je da depresivna djeca najčešće imaju zasebna traumatska iskustva, terapeut mora biti prilagodljiv i voljan promijeniti metode i tehnike liječenja u skladu sa situacijom tijekom procesa liječenja, posebno kako bi nadgledao šanse djece za napredak tijekom procesa liječenja [10].

Kognitivno bihevioralna terapija obično se provodi u djece i adolescenata. Tijekom procesa liječenja, terapeut pomaže djetetu da shvati incident, posebno odluku odrasle osobe koje su za dijete stresne (razvod, gubitak itd.), Te mu pomaže da preispita i promijeni svoja gledišta, osobito ona koja su vezana za njega. Depresivni simptomi uključuju negativnu sliku o samom sebi [10]. Razvija socijalne vještine tako da djeca ili adolescenti mogu početi i održavati pozitivne društvene odnose. Kognitivna bihevioralna terapija osobito je korisna za adolescente, zahtijeva od terapeuta fleksibilnost i uloga terapeuta često se mora mijenjati iz uloge učitelja, stručnjaka, roditelja i prijatelja.

Psihoterapija za djecu i adolescente vrlo je složena. To zahtijeva vrijeme, znanje i razumijevanje pacijenta i samog terapeuta, jer se postavljaju raznoliki zahtjevi i priželjkivanja točno ispred njega.

5.3. Grupna terapija

U današnje vrijeme grupna terapija predstavlja jednu od mogućnosti liječenja depresije. Ovom metodom liječenja djecu treba uključiti u skupinu tek onda kada se postigne pozitivan doticaj s terapeutom. Grupna terapija pomaže djeci da lakše izraze svoje emocije u skupini, izgrade empatiju s drugim članovima grupe i steknu Sigurnost. Iskustvo prihvatanja od strane drugih članova grupe i osjećaj pripadnosti grupi poboljšavaju i aktiviraju komunikacijske vještine djece [10].

5.2. Obiteljska terapija

Budući da su roditelji veoma važan faktor u razvoju i liječenju depresije u djetinjstvu, roditeljska obuka predstavlja važno mjesto u procesu liječenja. Tijekom treninga roditelji uče pričati i slušati svoju djecu. Kod dječje depresije često nalazimo da su obiteljski odnosi poremećeni pa se preporučuje i obiteljska terapija za poboljšanje međuljudskih odnosa. Uloga obitelji je pomoći mladim ljudima u uspostavljanju novih uvjerenja i načinima uspostavljanja društvenih odnosa kako bi ga zaštitili od pada u loše emocije. Roditeljima i djeci važno je shvatiti da u depresiji postoji posebna veza između pojedinog načina razmišljanja, zatim ponašanja i društvenog odnosa koji se može svjesno kontrolirati, a cilj liječenja bit će kontrola tih odnosa, procesa, i ponašanja [7].

6. Zaključak

Pedijatrijska depresija heterogena je bolest s različitim kliničkim manifestacijama, od kojih neke možda nije lako identificirati. Depresija se nekad smatrala bolešću samo za odrasle, ali je utvrđeno da i djeca i adolescenti mogu patiti od depresije, iako mnogo manje od odraslih. Ako se na vrijeme otkrije depresija i liječenje može biti suptilnije, točnije do spomenutog liječenja ne bi trebalo ni doći, ali obično je dovoljno posjetiti psihologa ili psihoterapeuta, koji može pomoći svojim savjetovanjima.

Za odabir liječenja neophodna je točna prosudba depresije i drugih znakova koji su uobičajeni kod komorbiditeta, poremećene funkcije, sklonosti suicidu te procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika. Psihoterapija, a u slučaju teške depresije, kombinacija psihofarmakološke intervencije i psihoterapije pokazala se najučinkovitijom. S obzirom na značaj depresije na djecu ili adolescente, te na njihovu obitelj i široku zajednicu važno je napomenuti da su rano uočavanje i rana intervencija su posebno važni za liječenje ove ozbiljne bolesti.

Depresija u djece i adolescenata je u porastu. To je također problem za djecu ili mlade i članove njihovih obitelji. Također predstavlja izazov za stručnjake uključene u brigu o mentalnom zdravlju, uglavnom za specijaliste dječje i adolescentne psihijatrije. Nadamo se da će se unatoč kompleksnosti i heterogenosti kliničkih manifestacija razviti nove metode dijagnoze i liječenja. To će dovesti do uspješne dijagnoze i liječenja ovog problema.

7. Literatura

- [1] D. Karlović: Depresija: Klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, br. 26, 2017, str. 161-165.
- [2] Lj. Hotujac. i sur: Psihijatrija, Zagreb, Medicinska naklada, 2006.
- [3] I. Begovac, G. Majić, J. Škrinjarić, V. Vidović: Depresija u djece u: N. Barišić i sur: Pedijatrijska neurologija, Zagreb, Medicinska naklada, 2009.
- [4] S. Nikolić, M. Marangunić i sur: Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb, Školska knjiga, 2004.
- [5] D. Kocijan-Hercigonja, D. Kozarić-Kovačić, V. Hercigonja: Psihofarmakoterapija kod djece i adolescenata, *Medicus*, br. 11, 2002, str. 259- 262.
- [6] H.I. Kaplan, B.J. Sadock: Concise textbook of child and adolescent psychiatry, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2009.
- [7] A.Vulić-Prtorić: Depresivnost u djece i adolescenata, Jastrebarsko, Naklada Slap, 2004
- [8] Zavod za javno zdravstvo F BiH: Depresija, 2019.
Dostupno na adresi: <https://www.zzjzfbih.ba/depresija/>
- [9] A. Kučukalić: Psihijatrija, Sarajevo, Medicinski fakultet Sarajevo, 2011.
- [10] D. Kocijan-Hercigonja, V.Hercigonja-Novković: Depresija kod djece, *Medicus*, br. 13 2004, str. 89-93.
- [11] Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež: Depresija u dječjoj i adolescentnoj dobi, 2014.
Dostupno na adresi: <http://djecja-psihijatrija.hr/depresija-u-djecjoj-i-adolescentnoj-dobi/>
- [12] Poliklinika za zaštitu djece i mladeži grada Zagreba: Depresija u djece i adolescenata, 2017. Dostupno na adresi: [https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/](https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/)
- [13] C.P. Malmquist: Depressions in Childhood and Adolescence, *N Engl J Med*, br. 284, 1971, str. 887-93.
- [14] A. Vulić-Prtorić, I. Sorić: Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: razlike i sličnosti s obzirom na spol i dob ispitanika, *Medica Jadertina*, br. 31, 2001, str. 115-140.
- [15] V. Rudan, A. Tomac: Depresija u djece i adolescenata, *Medicus*, br. 18, 2009, str. 173-179.

- [16] A. Vulić-Prtorić: Depresivnost u djece i adolescenata, Jastrebarsko, Naklada Slap, 2 izdanje, 2007.
- [17] D. Lečić-Toševski: Nacionalni vodič dobre prakse za lečenje depresije, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2012.
Dostupno na adresi: http://www.obvaljevo.rs/_down/azus_06.pdf.
- [18] S. Zoli: I izbavi me iz mračnog zla, Jastrebarsko, Naklada slap, 2002.
- [19] V. Boričević Maršanić, I. Zečević, N. Ercegović, Lj. Paradžik, V. Grgić: Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata, Paediatric Croatica, br. 60, 2016, str. 119-125.
- [20] S. Nolen-Hoeksema, J.S. Girgus: The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence, Psychol Bull, br. 115(3), 1994, str. 424-43.
- [21] I.M. Goodyer: Physical symptoms and depressive disorder in childhood and adolescence, J Psychosom Res, br 41 (5), 1996, str. 405-8
- [22] M. Shafii, S.L. Shafii: Clinical Manifestations and Developmental Psychopathology of Depression. In: M. Shafii, S.L Shafii, editors: Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents, Washington, American Psychiatric Press, 1992, str. 3-42.
- [23] S. C. Bahls: Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil., Rev. Bras, De Psiquiatr, br. 24 (2), str. 63-67.
- [24] B. Birmaher, N.D. Ryan, D.E. Williamson et al: Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, br. 35, 1996, str. 1427-39
- [25] S. Nolen-Hoeksema, J.S. Girgus: The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence, Psychol Bull, br. 115 (3), 1994, str. 424-43.
- [26] Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-5. 5 Izd, Jastrebarsko, Naklada Slap, 2014.
- [27] Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (10. revizija), Zagreb, Medicinska naklada, 1994.
- [28] G. Zalsman, D.A. Brent, V.R. Weersing: Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview epidemiology, clinical manifestation
- [29] D.A. Jeffery, D.B. Sava, N.C. Winters: Depressive disorders. In: K. Cheng, K.M. Myers eds: Child and Adolescents Psychiatry The Essentials, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2005, str. 169-210.

- [30] D.A. Brent, V.R. Weersing: Depressive Disorders. In: A. Martin F.R. Volkmar eds: Lewis's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook, Philadelphia, Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, 2007, str- 503-13.
- [31] K. Kramlinger: Mayo Clinic o depresiji: Kako razumjeti, prepoznati i liječiti depresiju. Zagreb, Medicinska naklada, 2005.
- [32] E. Ringel: Da odbaciš život? Refleksije o samoubojstvu. 2 Izd, Zagreb, Biblioteka "Oko 3 ujutro", 1998.
- [33] M. Mišćević: Simptomi anksioznosti i antidepresivnosti kod osnovnoškolske djece, diplomski rad, Zagreb, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, 2007.
- [34] S. Nikolić, M. Marangunić i sur: Dječja i adolescentna psihijatrija, Zagreb, Školska knjiga, 2004.
- [35] G.J. Emslie, J.H. Heiligenstein, K.D. Wagner i sur: Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents:a placebo-controlled, randomized clinical trial, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, br. 41, 2002, str. 1205-15.
- [36] M.B. Keller, N. Ryan, M. Strober i sur: Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, br. 40, 2001, str. 762-72.
- [37] Treatment for Adolescents With Depression Study Team, Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial, Jama, br. 292, 2004, str. 807-20.
- [38] B. Birmaher, D.A. Brent: Depression and dysthymia. In: M.K. Dulcan: Dulcan's Textbook of Child and Adolescent psychiatry, Washington DC American Psychiatric Press, 2010, str. 261-78.

Popis slika

- [1] Slika 2.3.1 Slikovit prikaz simptoma depresije međusobno povezanih (Izvor: <https://www.efzg.unizg.hr/UserDocsImages/Za%20studente/Mentalno%20zdravlje/5%20-%20Depresija.pdf?vel=946063>):.....13

Popis tablica

- [1] Tablica 2.1.1 Simptomi depresije ovisno o dobi djeteta (Izvor: BoričevićMaršanić V, Zečević I, Ercegović N, Paradžik Lj, Grgić V. Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. PaediatrCroat. 2016;60:119-125.)6
- [2] Tablica 2.2.2 Razlike u kliničkoj slici depresije kod odraslih i djece - uvjetovane djetetovim fizičkim, kognitivnim, emocionalnim i socijalnim razvojnim stadijima (Izvor: BoričevićMaršanić V, Zečević I, Ercegović N, Paradžik Lj, Grgić V. Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. PaediatrCroat. 2016;60:119-125.).....10
- [3] Tablica 2.3.3 Tipovi depresije/kliničke slike prema prevladavajućoj simptomatologiji (Izvor: BoričevićMaršanić V, Zečević I, Ercegović N, Paradžik Lj, Grgić V. Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. PaediatrCroat. 2016;60:119-125.)12

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ANDREA LESJAK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom DEPRESIJA KOD DJECE I ADOLESCENATA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Andrea Lesjak
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, ANDREA LESJAK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom DEPRESIJA KOD DJECE I ADOLESCENATA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Andrea Lesjak
(vlastoručni potpis)